

薬局問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			

今回病院にかかれた症状、診断名がわかればご記入ください。

()

薬で副作用が起きたことがありますか？

なし あり（薬の名前： 、症状： ）

アレルギーはありますか？

なし 卵 牛乳 ダニ ハウスダスト カビ 金属 花粉 その他（ ）

ご自身にあてはまる体質はありますか？

特になし 便秘しやすい 下痢しやすい かぶれやすい 胃が弱い 冷え性
眠れない その他（ ）

現在、治療中の病気はありますか？

高血圧 心疾患 脳梗塞 脂質異常症 糖尿病 肝臓病 腎臓病 緑内障 前立腺疾患 喘息
甲状腺疾患 胃・十二指腸潰瘍 リウマチ 骨粗しょう症 その他（ ）

お薬手帳に記載してあるもの以外に、現在飲んでいるお薬やサプリメントはありますか？

なし あり（ ）

飲めない形の薬があれば教えてください。

粉薬 錠剤 カプセル 水薬 その他（ ）

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙：吸わない 吸う（ 本/日 × 年間）

禁煙した（ 年前から。それまで喫煙（ 本/日 × 年間））

飲酒：飲まない 飲む（週 日） 種類・量（ ）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい（妊娠中（ 週目） 妊娠の可能性あり 授乳中）

薬局で配慮して欲しいことはありますか？

特になし 耳が遠いので大きなこえで話してほしい 筆談にしてほしい

他の人に聞こえないように気をつけてほしい 薬の飲み方を大きな文字で書いてほしい

説明は家族にしてほしい 相談したい事があるので聞いてほしい

いつも同じ薬剤師から説明してほしい その他（ ）

ジェネリック医薬品を希望されますか？ はい いいえ 説明を聞いてみたい

※ご協力ありがとうございました。